Zum Verbleib beim Arzt/ Apotheke

# Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

## Reise-Impfberatung

CRM Centrum für Reisemedizin

www.crm.de

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

### Reisedaten

| Reiseländer | Ankunft: Tag | Monat | Jahr | Reisebedingung: 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Rückkehr: | | | | | | |

### Art der Reise

☐ Badeurlaub
☐ Rundreise
☐ Geschäftsreise
☐ Sporturlaub (Sportart.....)
☐ Trekking-Tour (Höhe.....)
☐ Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

### Reisebedingungen

**1** Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/ Hotels; Campingurlaub)

**2** Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)

**3** Aufenthalt ausschließlich in Großstädten und Touristikzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

### Anamnese

| | ja | nein |
|---|---|---|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | ☐ | ☐ |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/ -unverträglichkeit? | ☐ | ☐ |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | ☐ | ☐ |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? | ☐ | ☐ |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden? | ☐ | ☐ |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer • chronischen Krankheit? • einer bösartigen Erkrankung? | ☐ | ☐ |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

| | ja | nein |
|---|---|---|
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| 10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant? | ☐ | ☐ |
| 11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit. | | |

**Wichtiger Hinweis:**
**Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!**

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum _____ Unterschrift des Reisenden

© CRM Centrum für Reisemedizin Düsseldorf

Impfplan/ggf. Malaria-Prophylaxe s. Rückseite ➤